FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 32

ÉTUDE

SUR LA

TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 JANVIER 1888

PAR

Gabriel-Lucien-Marie LE GAC

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Morlaix (Finistère), le 24 Février 1860.

ACAD. LOCO. BAT. BIBL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUPUY,	professeur,	*président.*
COYNE,	professeur,	*juges.*
RONDOT,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 32

ÉTUDE

SUR LA

TÜBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 JANVIER 1888

PAR

Gabriel-Lucien-Marie LE GAC

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Morlaix (Finistère), le 24 Février 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUPUY,	professeur,	*président.*
COŸNE,	professeur,	*juges.*
RONDOT,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... BITOT..... MICÉ..... } Professeurs honoraires.

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

AGAD. LUGD.BAT. BIBL.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0025

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPUY

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCHATEAU

Professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine navale de Brest.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRABAUD

Médecin de 1re classe de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Ayant eu à l'hôpital maritime de Brest l'occasion d'observer et de suivre un cas de tuberculose rénale primitive, nous avons cru pouvoir prendre pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude de cette affection.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici une œuvre originale. Le sujet qui nous occupe a été maintes fois traité, soit dans les livres classiques, soit dans les articles des journaux et revues de médecine, où nous avons largement puisé. Nous avons essayé seulement, à l'aide de ces emprunts et de l'observation que nous avons recueillie, de faire un tableau aussi complet que possible de la maladie et d'indiquer les points principaux qui différencient la tuberculose rénale primitive des autres affections de cet organe. Aussi prions-nous nos juges de vouloir bien nous continuer encore une fois l'indulgence qu'ils nous ont toujours montrée jusqu'ici.

Nous remercions M. le D Duchateau, professeur de clinique médicale à l'école de médecine navale de Brest, et M. le Dr Trabaud, médecin de 1re classe de la marine, des renseignements qu'ils ont bien voulu nous donner pour la rédaction de cette thèse et qui nous ont été d'un si grand secours.

Nous prions M. le professeur Dupuy, d'agréer nos vifs sentiments de gratitude pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

ÉTUDE

SUR LA

TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La tuberculose rénale a été signalée depuis longtemps, d'une façon très vague il est vrai. L'on trouve en effet dans plusieurs auteurs anciens de vagues traces d'athérome des reins et d'autres lésions peu caractérisées qui étaient fort probablement des affections tuberculeuses; Kortum en mentionne l'existence dans ses travaux sur la scrofule.

Mais la première observation détaillée et utilisable fut publiée par Morgagni dans son livre : *de sedibus et causis morborum,* 1767.

Bayle (*Remarques sur les tubercules,* Journal de Corvisart, germinal an VI) donna une bonne description des tubercules genito-urinaires.

Math. Baillie (1799-1815) figure l'altération tuberculeuse des reins et des urétères. « Il n'est pas rare, dit-il, de trouver des abcès scrofuleux dans les reins, mais rarement cet organe contient des tubercules scrofuleux. J'ai cependant eu l'occasion de rencon-

trer une fois ces tubercules qui ressemblent parfaitement aux tubercules ordinaires des poumons. Aucun de ces tubercules n'était en suppuration ». Il semble ainsi supposer que les tubercules suppurés sont plus fréquents dans le tissu rénal que les tubercules crus. Une confusion regrettable entre les abcès tuberculeux et de véritables pyélites calculeuses a seule pu motiver une opinion que les recherches ultérieures ont démontré erronée.

James Wilson, tout en tombant dans les erreurs de Baillie, donne des détails exacts sur la tuberculisation des reins et urétères.

Kœnig recueille les observations éparses en y ajoutant quelques cas tirés de sa propre expérience. Mais plus complètement encore peut-être que Baillie et Wilson, il confond des véritables affections tuberculeuses des reins avec des suppurations résultant de pyélites ordinaires.

La description que donne Fleish des scrofules des reins *(Scrofeln der nieren)* semble se rapporter aux tubercules de ces organes. Car il parle de douleurs sourdes survenant tantôt dans l'un des reins, tantôt dans l'autre, augmentant d'acuité à mesure que le mal s'accroît. Il se formerait, d'après lui, des ulcérations dans les reins et l'urine serait rendue mélangée de sang et de pus. Souvent on verrait survenir des convulsions et la mort des malades serait rapide, ou bien il se développerait une fièvre hectique accompagnée de douleurs continues, d'une rétention d'urine périodique et la plupart des accidents graves qu'elle entraîne.

Les tubercules des reins furent ensuite étudiés par Howship, Maréchal, Duchapt, Craigie, Pasquet, Ammon de Dresde.

Ce dernier publia, en 1834, quelques observations personnelles. Je citerai la première qui est caractéristique de tuberculose rénale primitive suppurée. Elle a pour objet une petite fille de trois ans et demi, dont la mère était morte phtisique, et qui, elle-même,

présentait l'état scrofuleux bien caractérisé. Avant que la tumeur produite par le rein tuberculeux ne fût très volumineuse, le docteur Ammon parvint à la diagnostiquer en considérant l'état scrofuleux de la malade, l'absence de symptômes du côté de l'estomac, de la rate et des autres viscères de l'abdomen, le trouble de la sécrétion urinaire et enfin la forme et la situation de la tumeur. La maladie offrit quelques alternatives d'amélioration et de rechutes. La tumeur acquit un développement considérable. Quelque temps avant la mort, elle dépassait la ligne blanche. Elle s'étendait de haut en bas depuis la région cardiaque au-dessous des côtes qu'elle soulevait, jusqu'au-delà de la crête iliaque. L'urine, qui se secrétait assez régulièrement, répandait une odeur fétide et déposait un sédiment, briqueté, muqueux et jaunâtre.

A l'ouverture du corps on trouva le rein gauche transformé en une masse énorme, ronde, présentant quelques traces de la forme primitive, une sensation de fluctuation et composée par de la substance tuberculeuse qui avait fait disparaître tout le tissu du rein. Les calices étaient très dilatés. La substance tuberculeuse était jaunâtre, ramollie, mais sans vaisseaux sanguins. Le rein droit offrait pour toute lésion une augmentation de volume et un peu de ramollissement. On observait encore un peu de matière tuberculeuse sur le trajet des artères et veines émulgentes, mais aucun autre organe n'en contenait.

MM. Aubanel, Lacombe, Becquerel, Boucher présentent à la Société anatomique, 1838-40, des reins tuberculeux.

Je citerai le compendium de médecine pratique de MM. de La Berge, Monneret et Fleury (1837-1846) où, aux articles : tubercules et maladies des reins, se trouvent relatées les recherches antérieures.

Rayer, mettant à profit les observations recueillies par ses prédécesseurs, et y ajoutant les siennes propres, établit définitivement l'existence de la lésion tuberculeuse du rein. Dans son beau

traité des maladies des reins, paru en 1841, il publie 16 observations personnelles, desquelles il ressort que le tubercule rénal est tantôt primitif et tantôt secondaire.

Après lui, Jonhson, Hofman, Roseinstein établirent aussi cette distinction, mais comme lui, ils ne firent que l'indiquer en passant sans insister sur les différences symptômatiques.

Lebert, dans son traité d'anatomie pathologique, fait remarquer que les reins fréquemment atteints de tubercules secondaires, sont parfois, mais rarement, le point de départ d'une tuberculisation abondante et essentielle. Il dit avoir vu un rein presque transformé en une coque tuberculeuse, renfermant une vaste caverne sans qu'il existât de suppuration.

Les *transactions of pathology* contiennent plusieurs observations intéressantes de tubercules des reins, rapportées par Busk 1846, Ebenezer Smith 1848, Risdon Bennet 1857, Wilks.

Mais les bulletins de la Société anatomique sont particulièrement riches en observations et en autopsies de malades atteints de tuberculose rénale. MM. Verneuil, Vidal, Perret, en 1854, présentent à la Société des pièces fort curieuses, surtout celle de M. Perret ; dans ce cas la tumeur, qui n'était autre que le rein déplacé et hypertrophié, avait été prise pour une tumeur ovarique. Le cas de M. Lala, qui parut en 1856 dans la même publication, est un type bien net de tuberculose rénale primitive, avec tumeur volumineuse, sans propagation de l'affection aux autres organes.

Il s'agit d'un malade âgé de 27 ans, entré dans un état de consomption avancée. L'examen ne montre rien du côté du ventre et de la poitrine. Dans la région hypogastrique l'on constate la présence d'une tumeur molle et fluctuante, placée immédiatement audessus de la symphise du pubis. Cette tumeur fit d'abord croire à M. Malgaigne à un abcès, placé entre les parois abdominales et la face antérieure de la vessie, qui communiquerait avec ce réser-

voir. Il sortait en effet de la vessie du pus en très grande abondance, mélangé à de la substance d'aspect tuberculeux. Le malade succomba peu de temps après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva la vessie distendue, pleine de pus fétide. Les parois amincies, éraillées, lui permettaient de proéminer en avant de la symphise. Les urétères étaient un peu dilatés au niveau de leur insertion sur la vessie. Les bassinets étaient aussi un peu élargis. Sur la périphérie du rein on remarquait des granulations fines, grisâtres. Les deux reins ayant été incisés sur leur bord convexe, on put voir des granulations fines, grisâtres. Le rein droit présentait en outre deux petites tumeurs grosses comme deux marrons, formées par de la substance grisâtre ramollie. Sur le rein gauche on ne voyait qu'une seule tumeur. Elle siégeait dans la substance tubuleuse et présentait un commencement d'excavation qui communiquait avec un calice rempli de pus. On ne put trouver trace de tubercules dans les autres organes.

Vers la même époque, MM. Rillet et Barthez étudient la tuberculisation des reins chez l'enfant. La thèse de M. Dufour (Paris 1854) contient cinq observations de tubercules rénaux primitifs, dont deux des plus concluantes.

Il serait trop long d'énumérer toutes les observations que l'on trouve dans les journaux et revues de 1860 à 1870.. Citons pourtant celles de MM. Colin (*Gaz. hebd.*, 1863), Magnan (*Gaz. médicale,* 1867), Challan (*Bull. Soc. anat.*, 1869).

La question de la tuberculose rénale primitive a fait un grand pas depuis ces dernières années. La distinction de tubercules primitifs et secondaires a été formellement établie, surtout par M. Lancereau, qui cite dans son atlas d'anatomie pathologique, 1871, trois observations de tuberculose primitive.

MM. Roberts (1872), Lécorché (1875), conservent cette distinction et ajoutent de grands développements à la question.

Nous trouvons dans les bulletins de la Société anatomique de

l'année 1877, quatre observations de tubercules rénaux, n'intéressant pas les conduits. Dans ceux de février 79, une autopsie due au Dr Barth ; de juin 82, une autre autopsie du Dr Pousson et, en mai 1884, une observation du Dr Lejars, que nous publions plus loin.

M. Tapret, dans son étude clinique sur la tuberculose urinaire, cite une observation relative au rein et insiste sur l'isolement fréquent des dépôts caséeux dans cet organe. « Dans presque tous les travaux, dit-il, on a considéré la tuberculose urinaire comme indispensablement liée à la tuberculose génitale ou si l'on veut comme contingente à cette dernière. C'est inexact. La prédisposition de l'appareil urinaire est moindre que celle des poumons, des testicules et des méninges. Mais il ne jouit pas pour cela d'une immunité absolue ».

Dans une note lue à la Société de médecine de Paris, à la séance du 12 mars 1881, M. Dubuc s'exprime ainsi : « La tuberculose primitive est loin d'être rare dans l'appareil urinaire et particulièrement le rein. Thompson dans le chapitre qu'il consacre aux tubercules de la prostate dit : il semble qu'à aucune période de la maladie, la prostate ne soit affectée seule et que quelqu'autre partie de l'appareil génito-urinaire soit le siège primitif de l'affection. Dans beaucoup de cas, le tubercule débute dans les reins, ou, en tout cas, il y en a de bonne heure dans cette organe ».

Enfin, les thèses de M. Durand-Fardel et A. Cayla, l'article de M. Brissaud viennent de jeter un jour nouveau sur la question.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les granulations que l'on trouve dans le rein présentent la même composition histologique que toutes les autres altérations tuberculeuses, c'est-à-dire qu'elles sont composées de petites cellules rondes ou aplaties que le carmin colore et que l'acide acétique rend plus apparentes. Voici comment les décrivent MM. Cornil et Ranvier dans leur Manuel d'histologie pathologique : « chacune de ces fines granulations est composée par une partie du rein modifiée de telle sorte que les cloisons du tissu cellulo-vasculaire sont épaissies et infiltrées de petites cellules rondes. Les cellules épithéliales des tubuli deviennent granulo-graisseuses et les tubes sont resserrés et étouffés par les cellules produites en grand nombre dans les cloisons fibreuses qui les entourent. On trouve quelquefois des glomérules dont la cavité distendue est remplie de petites cellules rondes, en dégénérescence caséeuse, tandis que le bouquet glomérulaire est plus ou moins atrophié et imperméable au sang. Le centre de la petite granulation devient à un moment donné caséeux. Les granulations voisines les unes des autres et arrivées au contact, se fusionnent en des masses plus volumineuses qui siègent surtout à l'union de la substance corticale et de la substance médullaire.

Les bacilles de Koch se trouvent habituellement en nombre plus ou moins considérable dans les petits tubercules opaques peu anciens. Ils sont plus rares dans les nodules ou masses caséeuse de la tuberculose infiltrée. Ils peuvent même manquer complètement. »

A l'autopsie, le rein tuberculeux se présente sous des aspects divers suivant le degré plus ou moins avancé de la lésion.

Il est généralement modifié dans son volume qui est le plus souvent fortement augmenté, rarement diminué. MM. Barth et Lejars ont observé pourtant cette diminution. Dans l'un des cas, le rein atteignait à peine la moitié du volume normal et dans l'autre le tiers. Le poids, quelquefois considérable, est variable et rarement en rapport avec le volume, par disparition d'une partie ou de la totalité du parenchyme.

La surface du rein, de couleur rouge violacé, paraît bosselée ; chacune de ces bosselures correspond aux tubercules et son volume est d'autant plus grand que l'agglomération est plus considérable. Des granulations plus petites, isolées soulèvent çà et là la capsule. Cette dernière, souvent épaissie, est difficile à arracher par suite des adhérences qu'elle a contractées avec les nodules.

Si l'on pratique une coupe de rein, l'on rencontre au niveau de ces bosselures et dans les substances médullaires et corticales, soit des granulations éparses, soit des masses tuberculeuses de nombre et de volume variables, de la grosseur d'une lentille à celle d'un marron ou d'une noix. Leur coloration blanc-jaunâtre contraste avec la teinte rouge foncé de la substance rénale, souvent fortement injectée sur leur pourtour. Elles sont formées d'une matière caséeuse, tantôt concrète, dense, compacte, ressemblant à du mastic, tantôt ramollie et laissant écouler, quand on les incise, un liquide jaunâtre semblable à celui qui s'échappe des tubercules pulmonaires.

Dans un degré plus avancé de la lésion ce sont de véritables cavernes que l'on observe, cavernes qui peuvent rester isolées ou communiquer entre elles et avec les calices et le bassinet par des ouvertures de grandeur variable. Ces cavernes, plus ou moins infractueuses, contiennent un pus épais, grumeleux, dans lequel

flottent des débris de matière caséeuse. Leurs parois sont indurées; l'on y trouve dans une étendue plus ou moins considérable des granulations grisâtres, qui en dégénérant auraient servi à l'augmentation de la caverne.

Ces parois recouvertes de matière caséeuse ou même d'une fausse membrane sont quelquefois incrustées à leur face interne de sels calcaires (Liouville).

Dans certains cas même la dégénérescence marche si rapidement que les cavernes se fusionnent et la moitié ou la totalité du parenchyme rénal disparaît et le rein est réduit à une simple coque fibreuse, fibro-cartilagineuse, séparée par des tractus (Lancereaux).

La capsule fibreuse prend rarement part à l'affection. Rayer sur 16 cas n'a constaté que deux fois l'altération tuberculeuse de cette membrane.

Les calices, le bassinet et l'urétère sont presque toujours le siège de lésions plus ou moins avancées. « On constate à leur surface, dit Cornil, le relief de granulations tuberculeuses, soit isolées soit formant une couche continue. La section de la muqueuse montre que le tissu conjonctif, très épais, mesure un ou plusieurs millimètres. Il est transformé en un tissu embryonnaire dans lequel il existe une ou plusieurs couches superposées de granulations tuberculeuses ainsi que cela s'observe pour la plèvre et le péritoine. La muqueuse ainsi altérée s'ulcère souvent et le pus, les fragments détachés qui sont la conséquence d'une ulcération sont versés dans la cavité du bassinet. »

Par l'accumulation du pus et de l'urine, les parois des calices et du bassinet finissent par se distendre et former des sortes de poches kystiques dont la rupture est souvent à craindre. L'urétère, sous l'influence du dépôt de granulations, augmente de volume, devient rigide mais son calibre est rétréci. Quelquefois même il est complètement oblitéré et réduit à un cordon plein. Si le

retrécissement ne siège que sur une partie de l'urétère, ce dernier peut participer au-dessus à la dilatation des calices et du bassinet.

En dehors des altérations du rein et de ses conduits excréteurs, on trouve fréquemment des lésions dans les organes voisins. L'on observe ainsi les abcès périnéphrétiques, la péritonite tuberculeuse, des communications fistuleuses de la tumeur rénale avec les intestins, etc... l'extension des tubercules à la vessie, aux organes génitaux.

Sur 32 cas, Roberts a noté 21 fois l'extension à la vessie, 7 fois à l'urèthre. M. Gaultier sur 51 cas trouve 31 fois la tuberculisation de l'urétère, 35 fois celle de la vessie et 8 fois celle de l'urèthre.

Pour les organes génitaux, dans ces 32 même cas, Roberts trouve atteints : 4 fois les testicules, 7 fois la prostate, 6 fois les vésicules séminales. M. Gaultier n'a trouvé que 10 fois des tubercules dans les organes génitaux : (prostate, vésicules séminales, testicules).

Les tableaux suivants de Roberts et de Gaultier montrent la fréquence relative de la propagation des tubercules aux divers organes.

Roberts (30 cas).		Gaultier (51 cas).	
Poumons.	28 fois.		
Glandes abdominales. .	19 —		
Système osseux.	5 —	Poumons et autres organes	43 fois.
Péritoine	5 —		
Rate.	3 —		
Foie.	1 —		

Les deux reins peuvent être affectés à la fois, c'est le cas le plus ordinaire, mais il est alors toujours un rein plus gravement atteint que l'autre, généralement le rein gauche. C'est aussi ce

rein qui est le plus souvent affecté dans le cas d'une lésion unilatérale.

Dans les 32 cas de Bright, les deux reins étaient atteints 19 fois; 13 fois un seul : 7 fois le rein droit et 6 fois le rein gauche.

M. Gaultier, sur 51 cas, trouve les deux reins pris 29 fois, 22 fois un seul rein : 10 fois le droit, 11 fois le gauche.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la tuberculose rénale primitive sont souvent fort peu accentués au début et facilement méconnus, même par des médecins expérimentés. Aussi ne faut-il pas trop s'étonner de voir le dédain avec lequel quelques auteurs en ont parlé.

Lebert, dans son traité d'anatomie pathologique, dit : « Nous n'avons que peu de choses à dire sur la tuberculisation des organes génito-urinaires. Elle n'est ni commune, ni d'une grande importance pathologique. » Et Chauveau (thèse de Paris) déclare que sa symptomatologie est ordinairement peu nette, sa marche parfois bizarre, son diagnostic difficile et qu'en somme son anatomie pathologique mérite seule d'attirer l'attention.

Il n'existe pas, en effet, de signes certains, à l'aide desquels on puisse diagnostiquer le dépôt primitif ou secondaire de la matière tuberculeuse dans la substance rénale (Lécorché). L'urine, il est vrai, peut être albumineuse (Lala). Mais, il n'y a pas lieu, dit Rayer, d'attacher de l'importance à cette albuminurie due à la coexistence habituelle de la néphrite avec le tubercule. Pouvant être due à une autre cause que la tuberculose, elle ne saurait avoir grande valeur diagnostique. Le rein atteint peut n'être pas augmenté de volume. Les douleurs lombaires et rénales sont, avec des troubles dyspeptiques, les symptômes les plus constants à cette époque, mais elles peuvent elles-même manquer ou du moins être très atténuées.

De plus, cette affection se rencontre souvent chez des gens qui

paraissent jouir encore de l'intégrité de leurs forces et de leur santé et qui, en particulier, ne présentent encore en ce moment là aucun trouble fonctionnel du côté des poumons, ni aucun signe physique de lésions pulmonaires et qui même n'en pourront jamais présenter. L'on comprend que, dans de pareilles conditions, le diagnostic soit difficile, incertain et souvent même impossible.

Combien alors il convient de se rappeler les excellents conseils que donne M. le professeur Guyon, dans ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. « Parmi les affections diathésiques, il en est une, la tuberculose, dont il faudra souvent vous préoccuper. Que les phtisiques avérés soient atteints parfois de troubles urinaires, c'est un point incontestable; mais, fait beaucoup plus important et que je crois peu connu, ces mêmes accidents urinaires peuvent se montrer à une période prodromique et être prémonitoires, pour ainsi dire, des phénomènes thoraciques. Que cette donnée soit toujours présente à votre esprit quand vous vous trouverez en présence de sujets ayant de vingt à trente cinq ans et souffrant de la vessie sans cause appréciable. Examinez l'état du thorax, palpez avec soin les épididymes, explorez la prostate et les vésicules séminales. Examinez aussi le passé du sujet. Informez-vous des manifestations scrofuleusess de son enfance, recherchez l'état de santé de ses parents et de ses proches ».

Si la tuberculose rénale peut n'être pas diagnostiquée ou même rester ignorée quand l'affection se borne au dépôt de quelques granulations crues dans le tissu rénal, il n'en est plus de même dans ces cas, rares il est vrai, où l'infiltration tuberculeuse envahissant soit le tissu rénal, soit les deux à la fois, marche rapidement vers la fonte purulente et détermine les phénomènes de la néphrite, de la pyélite ou de la pyélo-néphrite tuberculeuse.

La néphrite tuberculeuse suppurée et la pyélite tuberculeuse peuvent sans doute exister isolément. Le dépôt tuberculeux peut

rester limité aux conduits excréteurs occupant la couche sous muqueuse et ne s'étend pas nécessairement au tissu rénal et réciproquement. Mais, d'une part, aucun symptôme ne permettant de les distinguer pendant la vie (Basham), d'autre part, dans ces cas graves l'infiltration tuberculeuse ayant une telle tendance à se propager de proche en proche, il nous semble que, pour le clinicien, la pyélo-néphrite tuberculeuse existe seule, la distinction de néphrite tuberculeuse et de pyélite tuberculeuse n'ayant d'autre intérêt que de préciser le point de départ de l'affection.

La pyélo-néphrite tuberculeuse, dit W. K. Basham, dans le Journal *The Practitionner,* 1875, est : « Une affection suppurative du rein provoquée par un dépôt de tubercules dans la substance ou dans les conduits excréteurs de cet organe et marchant dans la majorité des cas vers une terminaison fatale, sans qu'il se manifeste d'affection tuberculeuse dans d'autres organes. » Sans méconnaître que, dans des cas extrêmement rares, celui rapporté par M. Lala, par exemple, on peut ne trouver de tubercules dans aucun autre organe, disons cependant que cette proposition est trop absolue et que, presque toujours, la marche de l'affection, quoique rapide, ne l'est pas assez pour entraîner la mort avant l'apparition d'autres lésions tuberculeuses.

Bien que l'affection une fois confirmée marche avec rapidité et s'accompagne de symptômes graves, le début en est insidieux. M. Colin cite pourtant une observation où le début fut brusque, avec tous les symptômes d'une néphrite aiguë. Douleurs vives, lombaires et vésicales, urines rouge briqueté, avec cellules épithéliales et tout le cortège d'une maladie fébrile.

Une sensation de pesanteur dans les lombes, quelques douleurs vagues d'un côté, presque toujours du côté gauche, douleurs dont le malade s'occupe peu et qui peuvent même, dans certains cas, ne pas exister, sont les seuls signes des lésions du rein.

Peu à peu, le malade se voit dépérir, se voit maigrir, selon

l'expression du malade de l'observation nº 1. L'amaigrissement s'accuse de plus en plus ; le sujet sent ses forces diminuer, il perd l'appétit, l'état général devient de plus en plus mauvais.

Bientôt, sous l'influence d'une cause quelconque, une marche, un exercice prolongé ou même et le plus souvent sans cause aucune, apparaissent les douleurs lombaires et rénales.

Ces douleurs, qui peuvent être ou provoquées par la pression, les mouvements, la miction ou spontanées, sont souvent violentes, pongitives, arrachent quelquefois des cris au malade. Elles s'irradient vers la partie antérieure, jusqu'à l'aine et, quelquefois même, jusqu'au membre inférieur du côté malade. Elles sont ou intermittentes ou continues et, dans ce dernier cas, quelquefois soulagées par l'émission d'une petite quantité d'urine purulente.

Le malade est secoué par des frissons généralisés, qui peuvent même aller jusqu'à une sensation de froid continuelle, et un tremblement de tous les membres. La fièvre est peu forte à cette époque, avec une légère exacerbation vespérale, exacerbation qui, comme nous le montre la marche de la température chez le malade de l'observation nº 1, peut être assez forte, et est alors sous la dépendance d'émission d'urine normale ou purulente. Plus tard, avec les progrès de la maladie, elle peut prendre le caractère de la fièvre hectique.

Du côté du tube digestif, l'appétit est diminué ou nul. On observe souvent des nausées et même des vomissements, sans qu'il y ait trace de péritonite. La diarrhée est presque toujours abondante et opiniâtre. Il peut pourtant au début y avoir quelques alternatives de diarrhée et de constipation.

On observe alors les troubles les plus considérables de la miction. A cette époque, en effet, elle est toujours excessivement fréquente (Lécorché). Les malades sont tourmentés par un incessant besoin d'uriner. La miction est souvent douloureuse et quelquefois suivie, comme nous l'avons dit plus haut, d'un léger soulagement.

Le ténesme vésical est presque constant (Rosenstein). Dans certains cas, les douleurs lombaires atténuées ou absentes semblent remplacées par une douleur au col vésical survenant pendant la miction ou en dehors d'elle. On a observé dans ces cas de la strangurie ou de la dysurie (Ammon). Ces faits viendraient à l'appui d'une loi formulée par le professeur Verneuil « que les lésions portant sur la partie supérieure de l'appareil urinaire sont suivies de contractures du col vésical ». Mais, M. Tapret, dans son étude clinique sur la tuberculose urinaire, dit n'avoir jamais observé les envies fréquentes d'uriner, avec tout leur cortège symptomatique, dans la tuberculose rénale sans lésions de la vessie. Pour notre part, nous ne les avons pas non plus constatées chez notre malade.

Quelques malades peuvent encore présenter du prurit et des picotements au niveau du méat (Rosenstein) et même un spasme uréthral assez fort pour faire croire à un retrécissement (Le Jars). D'après M. Tapret, le spasme uréthral, cause fréquente de rétention d'urine chez les tuberculeux, ne serait pas douloureux. Il l'est pourtant chez le malade de M. Le Jars.

La quantité d'urine rendue peut être normale, presque toujours augmentée et quelquefois diminuée vers la fin de la vie par destruction du parenchyme rénal. Sa réaction est faiblement acide ou parfois alcaline. L'acide azotique y décèle une certaine quantité d'albumine, due à la présence du pus et du sang. L'albuminurie vraie peut exister aussi. Challan et Roberts ont eu l'occasion de la constater. Elle peut quelquefois dépendre d'un état inflammatoire du rein non atteint de tuberculose.

Au moment de son émission l'urine est plus ou moins trouble et laisse bientôt déposer un sédiment qui, examiné au microscope, se montre formé de globules de pus, de globules sanguins, de sels et d'une matière organique non fibrineuse.

Quelques divergences se produisent entre les auteurs au sujet

de l'hématurie. Pour quelques-uns, l'hématurie est copieuse et, pendant la première période, presque continuelle (Basham). Dans un cas de Challan deux hématuries abondantes furent suivies de la mort du malade dans le coma précédé de délire. D'après Brissaud la quantité de sang rendue est variable, mais toujours notable ; c'est souvent un vrai pissement de sang qui se produit le matin. Ajoutons que, pour l'auteur, cette hématurie qui a pour caractère d'être passagère, révèle la maladie à son début. Pour Lécorché, au contraire, l'hématurie n'est jamais abondante, le plus souvent il n'existe dans l'urine que des stries sanguinolentes, et d'après Rosenstein le sang est souvent en petite quantité, mais on trouve toujours des corpuscules sanguins, même quand la couleur de l'urine n'en dénote pas la présence. Chez le malade que nous avons observé, nous n'avons jamais trouvé de globules sanguins au microscope et les observations que nous avons recueillies mentionnent presque toutes l'absence d'hématurie. Sans vouloir combattre l'opinion des maîtres que nous venons de citer, il nous est peut-être permis de penser que l'hématurie n'est pas un symptôme aussi nécessaire qu'on l'a dit de la tuberculose rénale. Ne voit-on pas, du reste, des tuberculoses pulmonaires évoluer jusqu'à la terminaison fatale sans qu'il se soit jamais produit d'hémoptysie ?

Le pus est toujours abondant, même lorsque l'on ne peut encore trouver aucune lésion de la vessie, confirmant ainsi une opinion du professeur Guyon, que dans la tuberculose urinaire générale, lorsque le dépôt purulent des urines est très abondant, il est de provenance rénale et non vésicale. Il peut à certains moments manquer tout-à-fait, nous verrons tout à l'heure pourquoi.

Le reste du sédiment est formé de sels et d'une matière organique qui ne se dissout pas dans les acides étendus comme les sels (Rayer). Elle se montre au microscope sous la forme de granulations dont la quantité varie souvent et qui même peuvent man-

quer tout à fait. L'on peut trouver en outre dans l'urine des cellules épithéliales venant de la vessie, des conduits excréteurs et des canalicules urinaires, et des débris granuleux de tubercules ramollis mêlés à des fibres de tissu connectif et élastique. Enfin, mais très rarement, l'on peut constater dans l'urine la présence du bacille caractéristique de la tuberculose; son absence, du reste, ne peut en rien infirmer le diagnostic, sa recherche étant dans ces conditions d'une extrême difficulté.

Tant que l'urétère du côté atteint reste perméable, le cours de l'urine et du pus se faisant normalement, la palpation à l'hypocondre peut ne réveiller que la douleur sans donner la sensation d'une tumeur. Mais si l'urétère vient à être oblitéré soit d'une façon permanente par l'accumulation du dépôt tuberculeux, soit d'une façon intermittente par des débris caséeux trop volumineux pour franchir l'urétère devenu trop rigide et diminué de calibre, l'examen méthodique de la région abdominale vient révéler la présence d'une tumeur de volume variable.

Enorme dans certains cas, comme dans celui d'Ammon de Dresde où elle dépassait la ligne blanche et s'étendait de haut en bas, depuis la région cardiaque au-dessous des côtes qu'elle soulevait, jusqu'au-delà de la crête iliaque et celui de Lala où elle atteignait la symphyse du pubis au point de faire croire à Malgaigne à un abcès placé entre les parois abdominales et la face antérieure de la vessie, cette tumeur peut n'être pas aussi facilement appréciable.

Pour la bien reconnaître et délimiter, il convient de suivre les conseils de M. Lancereaux dans ses leçons sur l'ectopie rénale. « Pour faciliter l'examen, dit-il, le malade doit être placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin, et, pour éviter la contraction des muscles abdominaux et donner à la paroi du ventre toute la souplesse désirable, il est nécessaire qu'il respire largement. Le malade en position, la main gauche du médecin

portée en arrière du flanc droit soutient et soulève la région lombaire, tandis que la main droite appliquée à plat et en avant déprime la paroi abdominale ».

La tumeur paraîtra alors non mobile, non pédiculée, lisse et fluctuante, entourée de toutes parts par la masse intestinale, proéminente cependant vers la paroi antérieure, tandis qu'au contraire les tumeurs du petit bassin sont le plus souvent recouvertes par une masse intestinale sonore.

Pendant que cette tumeur se forme, les urines deviennent de moins en moins troubles ; le pus et le sang, si elles en contiennent, deviennent de moins en moins abondantes, puis disparaissent tout à fait. Cette disparition peut même être brusque si l'oblitération est due à la présence d'un gros grumeau caséeux. L'urine est claire, normale et ne présente plus de sédiment, plus d'albumine, à moins que l'autre rein ne soit lui-même atteint consécutivement de néphrite.

En même temps on observe une aggravation dans l'état du malade. Les douleurs lombaires reparaissent ou augmentent d'intensité. Des troubles de la sensibilité ou des troubles trophiques apparaissent : engourdissement du membre inférieur correspondant, œdème de ce membre, du scrotum ou des grandes lèvres. La marche est difficile ou impossible. On a constaté aussi de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie par le fait de la compression du plexus lombaire ou du plexus sacré. Les frissons généralisés reviennent le soir suivis d'une élévation considérable de la température ; sueurs profuses, la diarrhée devient plus abondante. Le sujet présente tous les symptômes de la résorption purulente. Puis, si l'urine et le pus reprennent leur cours normal, les symptômes s'amendent. L'état du malade s'améliore jusqu'à une nouvelle oblitération et la tumeur disparaît ou subit une notable diminution dans son volume.

La durée de la maladie varie de quelques mois à deux ou trois

ans. Des 35 malades dont Roberts rapporte l'observation, 5 moururent en six mois, 5 autres dans l'espace de cinq à douze mois, trois dans l'espace de un à deux ans. Un seul atteignit trois ans. D'après Lécorché la moyenne paraît être de quinze mois.

La terminaison est plus ou moins rapide selon que le dépôt tuberculeux prédomine dans la substance rénale ou dans les conduits excréteurs. Dans le premier cas, la mort causée surtout par disparition du parenchyme, survient à la suite d'accidents urémiques (Bennet et Roberts). Quand la muqueuse et les parois des conduits excréteurs sont le siège principal de la lésion, la mort est généralement la conséquence de la suppuration prolongée. Le malade présente alors dans les derniers temps de la vie un état ayant avec la cachexie cancéreuse quelque analogie sans pourtant la teinte jaune paille caractéristique de cette dernière. C'est plutôt une teinte intermédiaire entre la teinte d'un cancéreux et celle d'un malade atteint de cachexie paludéenne. La peau est décolorée, d'un jaune gris plombé, la face bouffie, la langue sèche et le malade succombe alors dans le marasme.

D'après Basham, la diffusion des tubercules dans les autres organes est très rare, la pyélite et la néphrite tuberculeuse marchant rapidement vers leur terminaison. Nous trouvons, comme nous l'avons dit plus haut cette opinion exagérée et nous croyons au contraire, que cette diffusion est le cas le plus ordinaire, et que si la mort n'est pas toujours causée par elle, elle est du moins considérablement hâtée.

L'on observe en effet parfois des fistules entre les conduits excréteurs et l'intestin, une péritonite tuberculeuse localisée ou une perforation du péritoine, amenant une péritonite aiguë suivie de mort, des abcès perinéphrétiques. La carie d'une ou de plusieurs côtes, la pleurésie diaphragmatique, le psoïtis existant dans notre cas et dans un cas signalé par Rayer sont des complications plus rares, ainsi que l'anasarque signalé par Rillet et Barthez.

Enfin, l'apparition de tubercules dans les poumons, dans les organes génitaux et la vessie est un fait sinon constant, du moins excessivement commun.

Nous ne rentrerons pas dans le diagnostic de ces complications. Leurs symptômes sont, en effet, les mêmes que lorsqu'elles existent à l'état de maladies isolées et leur étude nous détournerait, trop longtemps, sans intérêt aucun, du sujet qui nous occupe.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose rénale primitive à sa période de début est, nous l'avons vu, des plus incertains. A peine peut-on tirer de l'état général du malade, de ses antécédents héréditaires ou acquis, une présomption en faveur de la tuberculose. Pourtant, lorsqu'on se trouvera en face d'un sujet dont l'état général est mauvais, atteint de troubles dyspeptiques et porteur depuis quelques temps d'une sorte de lumbago chronique, l'on pourra, tout en faisant ses réserves, conclure à une tuberculose rénale au début. Mais c'est là, quoi qu'on en dise, plutôt un diagnostic d'intuition qu'un diagnostic basé sur des données indiscutables.

Plus tard lorsque les symptômes s'accentuent, que la maladie s'affirme au dehors d'une façon palpable, le diagnostic, sans être facile, devient possible en s'appuyant sur la succession des phénomènes que nous avons décrits et que nous pouvons résumer sous cinq chefs.

1° Amaigrissement rapide et précoce;

2° Douleurs lombaires;

3° Douleurs rénales;

4° Troubles de la miction. Troubles de l'urine (pus, sang, sédiment);

5° Formation d'une tumeur.

Certes aucun de ces symptômes, pris isolément, n'est caractéristique. Ils peuvent se rencontrer dans bien d'autres affections de

cet organe. Mais nous allons essayer de montrer au chapitre suivant, qu'attentivement étudiés, ils permettent d'éliminer les autres maladies et de conclure avec certitude à la tuberculose.

Les antécédents héréditaires, la constitution du sujet, l'examen attentif des autres organes, en particulier le toucher rectal, viendront souvent puissamment aider au diagnostic.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Au début le lumbago chronique sera éliminé grâce au bon état général du malade, à l'absence de symptômes dyspeptiques, etc...

Les douleurs rénales peuvent être assez vives pour simuler un accès de coliques néphrétiques. Il peut même, surtout au début, se produire de véritables accès néphrétiques. Mais la constitution du malade, l'examen de l'urine rendue dénotant l'absence de graviers et la présence de petits fragments de coagulum sanguin, suffiront pour lever tous les doutes.

Mais la difficulté du diagnostic entre la pyélo-néphrite tuberculeuse et la pyélo-néphrite d'origine calculeuse peut être assez considérable.

Certes lorsqu'on se trouve en présence d'un individu âgé, de constitution arthritique, ayant déjà eu des graviers dans les urines, des accès de coliques néphrétiques, le diagnostic devient facile grâce à ces commémoratifs. Mais la pyélo-néphrite calculeuse peut s'établir d'emblée, sans accidents prémonitoires, quelquefois à l'état aigu, presque toujours à l'état chronique et l'on se trouve alors en face d'un cortège de symptômes ayant avec ceux de la tuberculose rénale les rapports les plus intimes. Douleurs lombaires et rénales, hématurie, pyurie, apparition d'une tumeur dans l'un des hypochondres, quelquefois dans les deux.

Bien que les douleurs rénales soient souvent très vives dans la tuberculose, elles ne présentent que rarement les exacerbations et les irradiations dans la direction de l'urétère et le méat, qui se

rencontrent toujours dans le cas de calculs des reins. On n'a jamais noté dans la tuberculose la rétraction du testicule, ni ces localisations douloureuses dans l'un ou les deux genoux, assez fortes pour faire croire à une arthrite, ni des accidents convulsifs ou paraplégiques. Les mouvements violents, les secousses imprimées au corps exagèrent la douleur tandis qu'un decubitus tranquille, surtout sur le côté sain, peut l'apaiser complètement. Dans la tuberculose il ne fait que la diminuer ou même est sans action sur elle.

L'hématurie et la pyurie présentent en outre des différences dans les deux maladies, surtout en ce qui concerne leur succession (Basham). Dans les calculs des reins, après l'hématurie, l'urine contient pendant un temps plus ou moins long un dépôt muqueux, auquel succède le pus qui peut se montrer d'une façon intermittente. Dans la tuberculose, la pyurie succède à l'hématurie tout d'un coup et sans transition. De plus, le pus est toujours plus abondant et l'émaciation qui survient alors, la fièvre vespérale, ne s'observent jamais dans la forme calculeuse toujours moins grave.

La tumeur rénale qui apparaît dans le cas d'obstruction de l'urétère par un calcul, ne diffère pas sensiblement de la tumeur tuberculeuse. Mais la reprise du cours normal de l'urine et du pus est accompagnée de douleurs néphrétiques beaucoup plus violentes que dans le cas de tuberculose. Dans cette dernière affection, l'apparition de la tumeur coïncide avec des frissons répétés et des sueurs profuses. Ces sueurs et ces frissons surviennent rarement dans le cas de calcul et seulement quand apparaît la périnéphrite, dont les suites ne sont pas nécessairement fatales.

L'examen microscopique du sédiment de l'urine peut aussi servir de diagnostic. Basham est pourtant d'un avis contraire. On peut, en effet, y trouver des cristaux rhomboïdaux d'un jaune rougeâtre (Lécorché).

La pyélo-néphrite primitive ou spontanée, si bien étudiée dans ces derniers temps par M. A. Robin, ne laisse pas de présenter pendant sa période chronique quelques analogies avec la pyélo-néphrite tuberculeuse. Toutes deux présentent en effet, à cette époque, un dépôt abondant de pus dans les urines et une tumeur douloureuse dans l'un des flancs. Mais l'étude de la marche de la maladie permet de les différencier facilement l'une de l'autre. Nous avons vu la pyélo-néphrite tuberculeuse s'installer sournoisement, sans grande réaction fébrile, être en un mot, toujours chronique d'emblée. La pyélo-néphrite spontanée, au contraire, débute toujours d'une façon aiguë. Les malades éprouvent au début un frisson suivi de fièvre, de rachialgie, de céphalalgie, de nausées, de vomissements; l'urine est rouge briqueté, sédimenteuse. Puis des phénomènes typhoïdes apparaissent en même temps que le pus dans les urines et une tumeur dans l'un des flancs. Au bout d'un temps plus ou moins long, ces phénomènes s'apaisent et la maladie passe à l'état chronique, état traversé parfois par de nouvelles poussées aiguës sous l'influence d'une cause légère : refroidissement, fatigue, etc. C'est là, on le voit, un tableau bien différent de celui de l'affection qui nous occupe.

La pyélite et la pyélo-néphrite ascendante ne sauraient être confondues avec la pyélo-néphrite tuberculeuse. Chez ces malades, on rencontrera toujours une ancienne blennorrhagie, un rétrécissement du canal de l'urèthre, une hypertrophie de la prostate, ou une cystite chronique qui donneront immédiatement la clé du diagnostic.

Les néphrites parenchymateuses et interstitielles donnent lieu à des douleurs lombaires et rénales, mais les symptômes de ces deux maladies diffèrent essentiellement de ceux que nous étudions. Des cas très rares, comme celui de M. Colin, pourront seuls, un moment, induire en erreur. Mais la suite de la maladie viendra rapidement lever tous les doutes.

La néphrite aiguë se terminant par suppuration du rein ne peut guère être confondue avec la néphrite tuberculeuse, les symptômes précédant l'apparition du pus dans l'urine étant caractéristiques. Dans certains cas cependant, la formation d'un abcès dans le rein s'établit sourdement, sans réaction, ainsi qu'il résulte d'une série d'observations consignées dans la science, et en particulier du fait relaté par Vogel. Dans ce cas, le seul symptôme fut l'apparition du pus dans l'urine (Cornil). Mais, même dans ces cas, le médecin en étudiant soigneusement les commémoratifs, finira par trouver dans le passé du malade, et pas bien loin, les symptômes d'une maladie aiguë, qui ne lui permettront pas d'hésiter dans son diagnostic.

Une autre affection rénale, le cancer, présente avec la tuberculose quelques ressemblances. Les antécédents héréditaires qui doivent toujours être recherchés servent à mettre sur la voie du diagnostic, mais ne suffisent pas.

Les douleurs lombaires et rénales, qui existent dans les deux maladies, n'ont rien de caractéristique. Dans le cancer, elles peuvent prendre quelquefois le caractère de névralgies intercostales, ce que nous n'avons vu noté nulle part dans la tuberculose. Mais la tumeur et l'hématurie présentent des caractères différentiels assez nets pour servir au diagnostic.

Dans le cancer, la tumeur est souvent indolore, lobulée, présentant presque toujours une consistance inégalement dure ou molle, mais ne donnant jamais la sensation d'une fluctuation franche. L'on perçoit quelquefois à son niveau un bruit de souffle. Cette tumeur augmente graduellement et ne présente pas comme celle de la pyélo-néphrite tuberculeuse, ces alternatives d'accroissement et de diminution, coïncidant avec la disparition ou l'apparition du pus dans les urines, alternatives qui sans être la règle dans la tuberculose se présentent dans la majorité des cas. Par compression des veines spermatiques, elle détermine le varicocèle du côté at-

teint ; la gêne de la circulation entraîne la dilatation des veines superficielles, comme dans le cours de la cirrhose, l'ascite et l'œdème, phénomènes que nous avons vu n'exister qu'à titre exceptionnel dans la tuberculose. En outre, cette tumeur par son développement gêne le cours des matières fécales dans l'intestin et produit souvent une constipation opiniâtre qui contraste avec la diarrhée abondante de la tuberculose.

L'hématurie dans le cancer est intermittente et apparaît sans cause appréciable ou sous l'influence d'un traumatisme. Et, caractère important, cette hématurie qui, dans la tuberculose, est un phénomène de début, se présente presque toujours dans le cancer vers les derniers mois de l'existence.

L'examen du sédiment de l'urine peut aussi servir au diagnostic. Quelquefois, en effet, on y trouve les cellules caractéristiques du cancer. Il ne faudrait pas pourtant accorder trop de confiance a ce moyen. Souvent, dit Rosenstein, on prend pour elles des cellules épithéliales agglomérées provenant du bassinet.

Enfin, la cachexie particulière au cancer, facilement reconnaissable pour un œil exercé, viendra à l'appui du diagnostic.

L'hydronéphrose ne saurait être confondue avec la tuberculose rénale que lorsque le malade se présente pour la première fois au médecin porteur d'une tumeur volumineuse. Mais, en interrogeant le malade, on apprendra que cette tumeur s'est accrue peu à peu sans influer sur l'état général. Pas de douleurs lombaires et vésicales violentes, plutôt une sensation de pesanteur et de gêne dans l'hypochondre. La circulation ne présente rien d'anormal ; les fonctions digestives et respiratoires s'accomplissent normalement, sauf peut-être quelquefois, si la tumeur est considérable, un peu de dyspnée et de constipation. Mais il n'existe ni amaigrissement ni perte de forces. Si la tumeur a subi quelques alternatives de diminution et d'accroissement, les urines n'auront jamais été chargées de pus, il y aura eu, au contraire, émission

d'une quantité considérable d'un liquide rappelant par sa couleur le liquide que l'on retire de certains ascites, liquide filant, de saveur fade, sans odeur urineuse.

La poche de la tumeur peut s'enflammer et donner lieu à tous les symptômes de la pyélite. Le diagnostic est alors plus difficile. L'étude des commémoratifs démontrera l'existence, pendant un temps plus ou moins long, des symptômes que nous avons énumérés plus haut et dissipera les incertitudes.

Les kystes rénaux volumineux peuvent, à une période avancée, donner lieu à des hématuries. Les malades s'affaiblissent, digèrent mal, toussent. Il y a même dans certains cas, diarrhée et vomissements Mais l'absence de tout état fébrile, la densité faible de l'urine, qui est albumineuse et ne contient jamais de pus, distinguent ces kystes des tumeurs dues à la tuberculose.

Les kystes hydatiques, eux aussi, présentent parfois une tumeur volumineuse, avec douleurs lombaires vives et troubles de la miction. La percussion de la tumeur, si elle est superficielle, donne un son caractéristique. Les malades signalent quelquefois dans ces conditions une sensation subite et passagère de craquement, de déchirement dans le rein, qui n'est sans doute que l'effet de la rupture d'une hydatide pressée par la contraction de l'uretère. L'urine est toujours normale ou contient des débris d'échinocoques et de vésicules. Enfin la miction, impossible dans une position, peut s'effectuer dans une autre. Ce sont là des caractères différentiels bien nets.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la tuberculose rénale s'accompagnait souvent de symptômes du côté de la vessie, même quand celle-ci était indemne, symptômes qui pouvaient faire croire exclusivemeut à des lésions de cet organe. De plus, l'hématurie et la pyurie sont des symptômes fréquents de plusieurs affections vésicales.

La cystite aiguë avec son cortège de symptômes douloureux et

fébriles se diagnostiquera aisément, grâce surtout aux causes qui l'ont produite et qui se trouveront facilement : blennorrhagie, vésicatoires, traumatisme chirurgical ou autre.

Dans la cystite chronique, l'examen du canal de l'urèthre montrant un ou plusieurs rétrécissements ; le toucher rectal dénotant l'hypertrophie de la prostate donneront les éléments du diagnostic.

L'hématurie rénale est toujours passagère. L'hématurie vésicale, qu'elle provienne d'un fongus, de varices du col, ou d'un cancer, se répète avec une désespérante facilité sous l'influence des causes les plus diverses ; elle est abondante, capricieuse et peut disparaître par le repos.

L'examen des altérations réciproques du pus et de l'urine fournit d'importants indices sur le siège de la suppuration. Voici ce que dit à ce sujet le professeur Guyon : « L'altération du pus caractérisée par la séparation imparfaite des leucocytes et le trouble persistant d'urines non ammoniacales doit vous faire rechercher la polyurie et vous faire admettre une lésion rénale. L'état alcalin de l'urine et surtout la transformation ammoniacale indiquent, vous le savez, des lésions presque toujours anciennes et généralement graves de l'appareil urinaire ; les principales localisations de ces lésions doivent être recherchées dans la vessie, sans vous permettre toutefois de négliger l'examen de l'urèthre et des reins.

» Je suis néanmoins convaincu que le siège de la lésion qui détermine la production des leucocytes et leur mélange avec l'urine doit avoir une influence marquée sur les modifications que peut subir à leur contact le liquide urinaire.

» Quand l'urine contient du pus, que ce pus reste crémeux avec l'aspect du pus normal, que l'urine elle-même ne subit pas de modifications dans son aspect, qu'elle conserve son acidité pendant un temps normal, il est peu probable qu'il y ait cystite. Si,

dans ces cas, on constate la présence de l'épithélium du rein, la question d'origine du pus est jugée. Même en l'absence de cette constatation, l'appareil rénal doit au moins être soupçonné.

» Si l'urine tend à se putréfier rapidement, à plus forte raison si elle est déjà alcaline au sortir de la vessie, nous savons qu'il y a cystite. »

L'ouverture dans la vessie des abcès du petit bassin se distinguera facilement par l'apparition brusque du pus dans l'urine, sans qu'il y ait eu des phénomènes rénaux ou vésicaux préexistants.

L'absence de points douloureux le long de la colonne vertébrale montrera que l'on n'a pas affaire à un abcès par congestion.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE

Les causes de la tuberculose rénale primitive nous sont encore complètement inconnues. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Le froid, le traumatisme ne paraissent pas avoir l'influence qu'on leur a quelquefois attribuée et l'on est réduit à dire : le tubercule primitif du rein est dû à cette prédisposition constitutionnelle que l'on est convenu d'appeler diathèse tuberculeuse.

Nous devons donc nous borner à étudier ici la fréquence des tubercules rénaux, l'âge auquel ils apparaissent.

Disons tout de suite que le tubercule primitif est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Sur 32 cas, Roberts a signalé 21 hommes et 11 femmes. Chambers dans 87 cas trouve 74 hommes et 13 femmes. Gaultier (thèse de Paris) croit que le genre masculin est plus exposé aux tubercules dans la proportion de 32 à 18. L'écart, on le voit, est considérable. Peut-on incriminer, pour expliquer cette fréquence chez l'homme, les nombreux travaux de force qu'il est obligé de faire ou plutôt les excès de boissons excitantes auxquels il se livre volontiers? c'est là un point délicat et dans l'état actuel de nos connaissances cette question ne peut que rester sans réponse.

Les tubercules secondaires du rein sont de beaucoup plus fréquents que les tubercules primitifs. Bien que cela sorte un peu de notre sujet, nous allons donner quelques résultats. Dans les 91 cas de Chambers, 76 étaient secondaires, 15 seulement primitifs.

A l'institut pathologique de Prague, sur 1,317 adultes morts tu-

berculeux, on trouve 74 atteints de tubercules rénaux. Rapport . 5, 6 pour 100.

Rillet et Barthez, sur 315 enfants tuberculeux ont rencontré 49 fois les tubercules rénaux. Rapport : 15, 7 pour 100.

Engel, à Prague, sur toutes les autopsies faites pendant l'année 1849-50, ne rencontre qu'un seul cas de tubercules des reins.

Willick sur 476 cas observés de 1850 à 1852 en trouve 7 fois dans les voies urinaires.

Les tableaux suivants empruntés à différents auteurs, tout en nous montrant que les tubercules primitifs peuvent apparaître à tous les âges, vont nous permettre d'établir les limites d'âges entre lesquelles cette affection paraît le plus souvent.

ROBERTS (31 cas).

0 — 10 ans.	4 fois
10 — 20 »	5 »
20 — 30 »	6 »
30 — 40 »	9 »
40 — 50 »	5 »
50 — 60 »	2 »

GAULTIER (46 cas).

0 — 10 ans.	5 fois
10 — 20 »	9 »
20 — 30 »	9 »
30 — 40 »	11 »
40 — 50 »	7 »
50 — 60 »	5 »

ROSENSTEIN (20 cas).

1 — 10 ans.	1 fois.
20 — 30 »	6 »
30 — 40 »	3 »
40 — 50 »	6 »
50 — 60 »	4 »

D'après Rosenstein, citant l'opinion de Chambers, l'âge le plus exposé à cette affection est de 15 à 30 ans et constitue les 19, 5 centièmes des cas. Pour Lécorché, il serait de 20 à 30 ans. Les tableaux de Roberts et de M. Gaultier nous montrent la plus grande fréquence du tubercule entre 20 et 30 ans, 30 et 40 ans.

Mais M. Gaultier prend soin de nous avertir que sur les 11 cas observés de 30 à 40 ans 8 l'ont été avant 35 ans. Il nous paraît donc préférable de prendre comme moyenne 20 à 35 ans, nous ralliant ainsi à l'opinion du professeur Guyon que nous avons citée plus haut. Le plus jeune des enfants, compris dans le tableau de Roberts avait 3 ans et demi, mais M. Garnier a observé des tubercules chez un enfant de 26 mois. Labory, Rosapelly signalent des cas de tubercules primitifs chez des individus âgés de 60 à 65 ans. Le malade d'une des observations que nous citons est dans ce cas. Diethrich les rencontra chez un vieillard de 70 ans.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE. — MARCHE

La première opinion qui fut émise au sujet de ces masses caséeuses, qui sont souvent les seuls indices des tubercules rénaux, fut qu'elles étaient de nature inflammatoire. Cette opinion a été reprise par Hofman, Rosenstein, Liouville, Lecourtois. Ebstein se refuse à admettre que jamais ces foyers caséeux résultent de tubercules miliaires agglomérés ayant subi la dégénérescence caséeuse. Labadie-Lagrave se rallie à cette manière de comprendre les choses. Nous ne voulons pas recommencer le procès. Pour nous, la question est depuis longtemps jugée : caséification et tuberculose ne font qu'un. Comme le dit M. Hanot : « grâce aux travaux de Villemin, Hérard et Cornil, Vilson, Fox, Rindfleish, Thaon, Grancher et Charcot, la dualité est definitivement réduite à néant ».

Mais la question de la marche de la tuberculose dans les voies urinaires, très étudiée dans ces derniers temps, est loin d'être tranchée d'une façon aussi formelle. Toutes les parties du système génito-urinaire ont tour-à-tour été regardées comme pouvant être le premier siège de la manifestation de la diathèse et tous les modes de propagation ont été admis comme possibles.

Depuis Cruveilhier, dit M. Brissaud, l'envahissement ascendant des urétères par la dégénérescence caséeuse était tenu pour une règle générale. Dolbeau et Guyon, tout en faisant des réserves sur les exceptions possibles de cette règle, s'étaient rangés à l'opinion de Cruveilhier.

Mais Rayer, Rokistanky, Cornil, Lécorché furent frappés du nombre de cas de tuberculose rénale trouvés à l'autopsie de phtisiques qui n'avaient présenté pendant la vie aucun symptôme urinaire. Ils constatèrent aussi souvent la présence dans le rein de tubercules déjà anciens et de tubercules plus récents de la vessie. Dans ces cas la tuberculose s'était certainement propagée de haut en bas. Sa marche avait été descendante. Il paraît résulter des travaux récents de MM. A. Cayla et R. Durand-Fardel que cette dernière marche est la plus fréquente et même la seule.

M. A. Cayla, après des expériences faites sur des cobayes et le dépouillement de 100 observations empruntées au *Bulletin de la Société anatomique,* est arrivé aux conclusions suivantes : « L'affection tuberculeuse débute par le rein, cette première étape franchie, elle pénètre dans les voies urinaires pour envahir successivement les canaux d'excrétions, urétère, vessie. Jamais on n'a trouvé un urétère envahi dans son tiers, dans sa moitié inférieure, alors que la partie supérieure et le rein correspondant ne présentaient aucune lésion. C'est toujours le contraire qu'on observe. Lorsqu'on a observé à l'autopsie une tuberculose rénale jeune, et j'entends par là une tuberculose constituée encore par des granulations miliaires à l'état cru, on en trouve dans le rein, mais exceptionellement au-dessous. L'infection vient de se produire, on l'a surprise au moment où elle débutait ».

La thèse de M. R. Durand-Fardel vient confirmer cette manière de voir, en montrant que dans les cas où les granulations ne sont pas encore apparentes dans la substance corticale, au pourtour des pyramides de Ferrein, cette partie du parenchyme peut déjà être infiltrée de bacilles, et que la répartition des granulations, dans les formes les plus nettes de la tuberculose rénale, en particulier la phtisie aiguë, répond à celle des glomérules de Malpighi, disposés autour des pyramides de Ferrein. « On peut, dit M. Durand-Fardel, dans ses conclusions, trouver des bacilles

dans le bouquet vasculaire du glomérule, alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas apparentes ; il en est de même dans quelques vaisseaux. Dans les altérations commençantes, les bacilles affectent de préférence la surface des anses glomérulaires ; dans les lésions les plus avancées, on les rencontre diffusés dans les infiltrations tuberculeuses périglomérulaires en même temps que dans les glomérules. »

Bien que ces lignes aient été écrites au sujet de la tuberculose miliaire aiguë, ne peut-on pas, par analogie, admettre qu'il en est de même dans l'infection tuberculeuse chronique ?

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic de la tuberculose rénale primitive est très grave. L'on pourrait dire fatal, si quelques faits de guérison n'avaient été constatés dans certaines autopsies. Roberts dit avoir observé des cicatrices sur les reins d'individus qui avaient présenté pendant la vie des troubles longtemps prolongés des voies urinaires, troubles que l'on ne pouvait rattacher à aucune cause. MM. Cruveilhier, Lebert, Lancereaux ont trouvé aussi dans le rein des tubercules de guérison comme ceux constatés dans les poumons.

L'on peut donc conserver quelqu'espoir de guérison, si la maladie se borne à un seul rein, sans intéresser les conduits excréteurs.

Mais ces faits sont si rares que lorsque le pus paraît dans les urines, l'on doit s'attendre à une terminaison fatale amenée, nous l'avons vu, soit par la cachexie, soit par les complications : tuberculose pulmonaire, intestinale, péritonéale, anémie, etc...

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose rénale doit, nécessairement, répondre à plusieurs indications : combattre la diathèse, les symptômes, traiter les complications.

Bien que le pronostic soit de la plus haute gravité, et le traitement le plus souvent impuissant, le médecin ne doit pas se décourager, et, sans compter sur un de ces succès dont nous avons parlé, il doit chercher à relever les forces de son malade et à prolonger le plus possible son existence.

Dans ce but, on instituera le traitement de la tuberculose en général. L'huile de foie de morue, si elle est supportée, le jus de viande, la viande crue, le phosphate de chaux, l'extrait et le vin de quinquina, les vins généreux (Banyuls, Bordeaux) et une alimentation aussi substantielle que possible, sont les meilleurs moyens à opposer aux progrès de la diathèse. On y ajoutera une bonne hygiène : L'air pur, un climat doux, des vêtements chauds et propres, une ceinture de flanelle sur l'abdomen, un peu d'exercice si l'état du malade le permet.

Quant aux symptômes, les douleurs seront calmées par les opiacés ou le chloral. L'emploi de ce dernier serait préférable, d'après M. Lancereaux qui craint, à juste titre, l'action des préparations d'opium dans une maladie où les accidents urémiques se produisent si fréquemment.

Les antiphlogistiques : cataplasmes, bains émollients pourront être avantageusement utilisés, mais nous croyons que l'on doit

être très réservé dans l'emploi des révulsifs locaux : cautères, sétons, préconisés par Rosenteins.

Pour combattre la purulence des urines, les médecins anglais vantent les préparations ferrugineuses liquides. Le perchlorure de fer à la dose de 0,50 cent. à 1 gr., a paru nous donner de bons résultats. L'on peut du reste utiliser dans ce but toutes les substances employées dans le traitement de la néphrite suppurative et de la pyélite chronique.

Le traitement des complications sera le même que lorsqu'elles ne sont pas liées à la tuberculose rénale.

OBSERVATION I

Le nommé S., François, âgé de 19 ans, soldat au 2me régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital de Brest, le 14 avril 1887, avec la note suivante : « Anémie» Amaigrissement considérable depuis quelque temps; pas d'appétit; tremblements continuels des membres; sensation de froid continuelle; urines laiteuses, de coloration blanc jaunâtre; rien de particulier à l'inspection de la poitrine.

15 avril : Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Il n'a jamais été malade; pas de blennorrhagie. Le malade se plaint de douleurs aiguës à la suite de marches militaires, douleurs siégeant à la région lombaire gauche, s'irradiant vers la partie antérieure jusqu'à l'aine. Depuis un mois se voit maigrir.

L'appareil digestif ne présente rien de particulier; l'appétit est bon, mais alternatives de diarrhée et de constipation.

L'examen de la poitrine et du cœur ne fournit aucun signe particulier.

Aucun point douloureux le long de la colonne vertébrale.

Le toucher rectal montre la prostate et les vésicules séminales saines.

Les urines sont claires et de quantité normale. Pas d'albuminurie, pas de sucre.

La palpation profonde du flanc gauche réveille de la douleur, mais rien de particulier.

Le malade a des frissons généralisés avec sensation de froid presque continuelle.

Température du 15 au 19 : matin 37°; soir 37° 3.

Traitement : eau vineuse; lactate de fer 0,10 c.; pepsine 0,75; vin de quinquina 100 gr.

20 avril : Diarrhée abondante; urines claires; frissons le soir.

Température : matin 37°2; soir 39°.

Traitement : eau vineuse; lait 2 litres; vin de quinquina 100 gr.; jus de viande 80 gr.; viande crue 50 gr.; bismuth 2 gr.

21-22 avril : Même état; 5 selles dans les 24 heures.

Température : matin 37°; soir 39°5.

Même traitement.

23 avril : Emission d'urines d'aspect laiteux; ces urines envoyées à l'examen et analysées au laboratoire de pharmacie, contiennent, d'après la note donnée, un dépôt considérable de pus, sans globules sanguins. Elles sont faiblement alcalines.

L'examen attentif de la région rénale gauche permet de constater un empâtement de cette région avec douleurs sourdes à la palpation.

Température : matin 36°6; soir 37°8.

Même traitement.

25 avril : Les symptômes se sont amendés sous l'influence de cette émission d'urine purulente. La fièvre est tombée. Le malade se sent mieux.

Température : matin 37°; soir 37°5.

28 avril : Le dépôt de pus va en diminuant; sueurs abondantes.

6 mai : Depuis 4 jours le pus a disparu des urines.

Température : matin 37°; soir 39°.

9 mai : Le pus a reparu en abondance dans les urines. L'état général est plus mauvais. 4 selles dans les 24 heures.

Température : matin 36°8; soir 37°6.

Même traitement. Perchlorure de fer 1 gr. Sirop de morphine 30 gr.

11 mai : Douleur très vive à la région lombaire gauche, avec fluctuation profonde et empâtement de la région. Flexion du membre inférieur gauche sur le bassin. Douleur à la pression en avant lorsque la pression se fait progressivement de manière à atteindre une certaine profondeur. Pas

de fluctuation manifeste en avant, mais une sensation de durceur, d'empâtement diffus de la région abdominale, en avant du rein gauche et sous les côtes.

Les urines contiennent un dépôt abondant de pus. Quantité rendue dans les 24 heures : 1150 gr.

Frissons le soir. Fièvre assez forte avec pouls petit.

Température : matin 37°3; soir 39°4.

Anorexie. Quelques nausées tous les soirs, quelquefois suivies de vomissements plus ou moins abondants.

Amaigrissement considérable et teinte pâle de toute la peau.

A l'auscultation de la poitrine on trouve de la submatité aux sommets, avec quelques craquements secs disséminés sous les clavicules. La respiration est gênée. Les mouvements du diaphragme sont moindres du côté gauche.

Pas de sommeil la nuit.

Même traitement. Chloral 1 gr. Sulfate de quinine 0,75 cent.

23 mai : Les symptômes persistent avec des alternatives d'émissions de pus et d'urines claires ne contenant pas d'albumine. Le malade se sent toujours soulagé chaque fois qu'il y a de nouveau émission de pus; la tension diminue pendant ces périodes en avant et en arrière.

Traitement : Lait 2 litres. Extrait de quinquina 2 gr.; Banyuls 60 gr.; chloral 1 gr.; perchlorure de fer 1 gr.

29 mai : Le malade accuse une vive douleur à la région lombaire droite, douleur exagérée par la pression. A dater de ce jour l'albumine a été constamment trouvée dans les urines même en dehors des périodes d'émission de pus. Quantité rendue dans les 24 heures : 1,400 gr.

Température : matin 36°6; soir 40°4.

Même traitement. Tannin 0, 50 cent.

Juin : Pendant le mois de juin, l'état du malade se maintient à peu près le même. Quelques exacerbations vespérales, toujours en rapport avec la plus ou moins grande abondance du pus dans les urines. La douleur rénale droite ne se représente pas.

Dans les derniers jours du mois, la température a une tendance à s'abaisser.

Même traitement.

2 Juillet : L'empâtement augmente à gauche, en arrière principalement, avec fluctuation diffuse, qui fait songer à une intervention chirurgicale devant laquelle on recule.

Les signes du sommet s'accentuent de plus en plus. La respiration diaphragmatique est extrêmement gênée, presque suspendue à gauche et les points douloureux classiques de la pleurésie diaphragmatique permettent d'affirmer cette complication.

Température : matin 36°6; soir 37°5.

Même traitement. Le tannin est suspendu.

4 juillet : Douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, spontanées et à la pression. Le malade ne peut étendre le membre inférieur gauche, qui est fléchi sur le bassin, dans l'abduction et la rotation en dehors.

Vomissements bilieux en rapport avec une péritonite localisée et manifeste à l'examen de la région abdominale gauche; ballonnement restreint du ventre; constipation.

Douleur extrêmement vive au niveau de la dernière fausse côte gauche.

Le malade doit se tenir couché sur le côté droit, le décubitus à gauche ou sur le dos étant tout à fait impossible.

Alimentation presque nulle.

Température : matin 36°6; soir 36°5.

5 juillet : Même état.

Température : matin 35°1 ; soir 35°5.

6 juillet : Mort à 2 heures de l'après-midi. Température : matin 34°6.

Autopsie : Pas de rigidité cadavérique.

Amaigrissement considérable; teinte verdâtre de l'abdomen; œdème considérable des membres inférieurs, particulièrement à gauche.

A l'ouverture de la cavité thoracique et de l'abdomen, on constate l'état exsangue des poumons, qui sont pâles et adhèrent faiblement à la base et au niveau du diaphragme.

A la coupe, on trouve quelques cavernules et quelques granulations aux sommets et de la congestion à la base et en arrière.

Le péricarde contient environ 15 grammes de liquide; le cœur est pâle, exsangue, graisseux et considérablement atrophié.

Le péritoine, qui est très épaissi, présente des adhérences très fortes du côté gauche.

La rate est un peu pâle, anémiée; le foie présente une teinte ardoisée très accentuée.

Le rein droit est mou, pâle, anémié et présente une hypertrophie très notable.

Le tissu cellulaire périnéphrétique gauche est enflammé; il présente une coloration gris verdâtre et adhère fortement au rein.

Le rein gauche est très adhérent aux organes voisins. La capsule est épaissie et présente en certains points des bosselures de petites dimensions.

A la coupe du rein, par le bord convexe, il s'en échappe une quantité considérable de pus et de matière caséeuse. On constate la destruction du tissu rénal, et plusieurs cavernes de la dimension d'une noix, communiquant les unes avec les autres et circonscrites par la coque du rein, considérablement réduite.

Les calices et le bassinet sont parsemées de petites granulations, dont quelques-unes ulcérées. L'urétère présente à sa partie supérieure les mêmes altérations, il est devenu à ce niveau un peu rigide et son calibre est considérablement rétréci.

La vessie ne présente pas de traces de lésions tuberculeuses.

La prostate, les vésicules séminales, les testicules sont sains.

La dernière fausse côte est cariée et dénudée.

La gaîne du muscle psoas est remplie d'une bouillie gris-noirâtre au milieu de laquelle rampent les filets nerveux dénudés.

OBSERVATION II

M. Lejars : *Bulletin de la Société anatomique,* mai 1884.

A., 23 ans, entre le 15 avril 1884 à l'hôpital Cochin. Peu de renseignements sur ses antécédents. Coxalgie à 3 ans, guérie par ankylose. Malingre et souffreteux. Tousse depuis plusieurs années. Il y a un an et demi il a contracté une blennorrhagie qui ne se guérit pas. La miction est restée

normale jusque dans ces derniers temps. Quelques douleurs lombaires; pas d'hématuries.

A l'entrée, les mictions sont fréquentes et pénibles. Douleurs lombaires; urines purulentes donnant lieu à un abondant dépôt floconneux; cathétérisme excessivement douloureux. On n'arrive à passer qu'une fine bougie que l'on fixe à demeure. Le malade est dans un état d'émaciation extrême.

Râles aux deux sommets. Un peu de souffle à droite.

Diarrhée; quelques vomissements.

Les jours suivants, l'état général s'aggrava de plus en plus. Les vomissements devinrent verdâtres, sans aucun signe de péritonite. Toux persistante; abondante expectoration de crachats numulaires.

Mort dans la nuit du 4 au 5 mai.

Autopsie. — 24 heures après la mort.

Rien au cœur, méninges, encéphale, péritoine; foie et rate normaux. Dans les poumons on trouve des tubercules ramollis aux deux sommets; quelques cavernules à droite.

Le rein droit est réduit au tiers de son volume. La surface est bosselée et grisâtre. A la coupe on constate que le parenchyme n'existe plus et qu'il est transformé en trois ou quatre larges vacuoles incomplètement séparées par des brides fibreuses. L'une de ces loges, la plus inférieure, est remplie de matière caséeuse. Les autres contiennent un liquide dans lequel nagent des flocons de la même substance. Elles s'abouchent dans le bassinet. Les parois de l'uretère présentent quelques grains tuberculeux. A gauche, le rein est au contraire très volumineux, la capsule peu adhérente. A la coupe : foyers caséeux disséminés, à parois festonnées et déchiquetées. Deux d'entre eux, situés aux extrémités de l'organe, ont le volume d'une grosse noix. De ce côté, l'uretère contient de nombreuses granulations confluentes, surtout à sa partie inférieure et qui déterminent en ce point un léger degré de coarctation du conduit, dilaté au-dessus.

Vessie petite et rétractée; aucune trace de produits tuberculeux.

La prostate a presque entièrement disparu. A sa place on trouve deux ou trois petites loges d'où l'on fait sortir à la pression de la matière caséeuse. Urèthre normal. Les deux testicules sont tuberculeux.

OBSERVATION III (Résumée).

M. Ferrier : *Journal de Médecine de Bordeaux*, 7 décembre 1884.

Homme de 60 ans, pas de syphilis, pas de blennorrhagie dans ses antécédents. Troubles de la miction depuis huit ans. Diminution de la force et du calibre du jet. Miction de plus en plus douloureuse et fréquente surtout la nuit (vingt fois par 24 heures actuellement). Jamais de rétention complète, ni d'incontinence d'urine. Le cathétérisme n'a jamais été pratiqué.

Les urines n'ont jamais été sanglantes ; d'abord limpides, elles deviennent peu à peu louches, puis nettement purulentes. Depuis quatre mois, douleurs rénales augmentant progressivement d'intensité ; facies pâle et très amaigri ; perte considérable des forces.

Le canal admet facilement une sonde n° 21. La prostate un peu douloureuse au toucher n'est pas augmentée de volume. La vessie ne peut contenir plus de 150 grammes de liquide. L'urine est franchement ammoniacale et laisse déposer une couche épaisse de muco-pus.

Le malade succombe au bout de quinze jours dans le coma et au milieu d'accidents urémiques manifestes.

Autopsie : On trouve d'abord des granulations tuberculeuses au sommet dn poumon droit. Rien dans le poumon gauche ; quelques plaques d'endartérite peu étendues et non ulcérées à l'aorte.

Rein et urétère droits sains.

Rein gauche hypertrophié et congestionné, contenant dans ces deux substances plusieurs foyers caséo-purulents, entourés de granulations tuberculeuses.

L'urétère correspondant a le volume du petit doigt ; ses parois sont rigides et lardacées et il contient un liquide blanchâtre séro-purulent.

Vessie petite et ratatinée derrière le pubis, à parois très épaisses, à colonnes charnues très-nombreuses ; pas d'ulcérations de la muqueuse.

A la jonction du corps et du col de la vessie, une tumeur offrant l'aspect

macroscopique d'un adénome et qui explique les troubles de la miction pendant la vie.

Le lobe gauche de la prostate renferme un foyer caséeux, de la dimension d'un haricot et contenant un pus épais qui vient sourdre par un orifice situé à gauche du veru-montanum.

Granulations tuberculeuses dans les deux épididymes. Celui de gauche présente un foyer caséeux. Hydrocèle de ce côté. Rien dans les testicules.

OBSERVATION IV

M. Gaultier : Thèse de Paris, 1882.

P. Augustine, 32 ans, brunisseuse; pas d'enfants, pas d'hérédité, pas de maladies antérieures.

Le début de la maladie remonte à un an. Au mois de janvier 1871, la malade a éprouvé des douleurs en urinant, en l'absence de blennorrhagie; au reste, depuis plusieurs années, la malade n'avait pas eu de rapports sexuels.

Avec cette douleur à la miction, siégeant au col, la malade avait une sensation de pesanteur au périnée, douleur tensive qui augmentait surtout pendant la marche.

En outre de ces symptômes, elle accusait une constipation opiniâtre et une légère douleur dans le bas-ventre, douleur assez forte cependant pour ne lui permettre de s'asseoir qu'avec difficulté. Pendant toute l'année 1871, les symptômes sont restés les mêmes, malgré le traitement : bains et vésicatoires à l'hypogastre.

Le 12 février 1872, elle entre dans le service de M. Lancereaux qui constate les symptômes suivants :

La miction est toujours difficile et douloureuse; les douleurs subsistent dans le bas-ventre.

Jusqu'à présent il n'y a aucun symptôme de tuberculose pulmonaire; pas de toux; pas de signes à l'auscultation.

La malade s'affaiblit, maigrit, les douleurs vésicales et utérines s'aggravent; l'utérus est refoulé à gauche par une tumeur pelvienne.

Les urines sont pâles et contiennent un dépôt purulent. On y trouve des stries sanguinolentes.

Le phlagmatia alba dolens envahit le membre inférieur gauche ; on constate une hypéresthésie cutanée de ce membre.

L'œdème augmente, il est très douloureux.

Pas de symptômes pulmonaires jusqu'à la mort qui arrive le 4 avril 1872, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : Cystite purulente, hémorrhagique en quelques points.

L'urétère droit est dilaté ; son orifice vésical rétréci se présente sous la forme d'un tubercule allongé.

Rein droit : la capsule est peu adhérente ; la surface du rein est jaunâtre.

A la coupe, la substance corticale et les colonnes de Bertin offrent une coloration gris jaunâtre ; les pyramides de Malpighi présentent des stries jaunes.

Le rein gauche très volumineux présente des bosselures ; le tissu est mollasse au niveau de ces bosselures ; la capsule est épaissie, peu adhérente.

A la coupe, écoulement de liquide purulent en grande quantité ; le bassinet et les calices dilatés forment des anfractuosités renfermant du pus grumeleux et caséeux.

Le lavage laisse une certaine quantité de cette matière adhérente aux parois. Ces anfractuosités communiquent toutes ensemble. Le tissu rénal a disparu presque complètement. Il est représenté par une portion périphérique ou coque de $0^{m}003^{mm}$ d'épaisseur, correspondant à la substance corticale et envoyant dans l'intérieur du rein des prolongements qui représentent la substance pyramidale. La substance ainsi atrophiée offre une teinte gris lardacée et rougeâtre. Pas de glomérules de Malpighi.

L'urétère sain, non dilaté, ne contient pas de matière caséeuse.

On trouve des caillots fibrineux d'origine récente dans la veine cave inférieure, se prolongeant dans la veine rénale gauche.

Foie graisseux ; rate normale.

Cavité thoracique : Adhérences des plèvres ; cœur petit ; pas de lésions d'orifice.

Poumons : Le poumon droit contient des granulations grises en petite quantité. Le lobe inférieur est œdématié.

Le poumon gauche est parsemé de granulations miliaires ; on y rencontre aussi de petites cavernes.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr Paul DUPUY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 décembre 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

RAYER. — Traité des maladies des reins, 1841.

ROSENSTEIN. — Traité des maladies des reins, 1874.

LÉCORCHÉ. — Maladies des reins, 1874.

GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1881.

TAPRET. — Etude clinique sur la tuberculose urinaire (Arch. de médecine, année 1878-79).

LABADIE-LAGRAVE. — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

LANCEREAUX. — Dictionnaire encyclopédique.

BECQUEREL. — Bull. de la Soc. anatomique, septembre 1840.

BOUCHER. — Bull. de la Soc. anatomique, janvier 1841.

LALA. — Bull. de la Soc. anatomique, avril 1856.

CHALLAN. — Bull. de la Soc. anatomique, avril 1869.

TERRILLON. — Bull. de la Soc. anatomique, décembre 1878.

BARTH. — Bull. de la Soc. anatomique, février 1879.

POUSSON. — Bull. de la Soc. anatomique, juin 1882.

LEJARS. — Bull. de la Soc. anatomique, mai 1884.

CHAMBERS. — Archives générales de médecine, 1854.

MAGNAN. — Gazette médicale, 1863.

COLIN. — Gazette hebdomadaire, 1863.

BASHAM. — Revue des Sciences médicales, 1875, 3e année, t. VI, p. 144.

DUBUC. — Tuberculose des reins étendue à l'appareil génital (U. médicale, juillet 1881).

ROBIN. — De la pyélo-néphrite primitive (Gazette médicale de Paris, 2 mai 1885).

V. CORNIL. — Des différentes espèces de néphrites.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.

BRISSAUD. — Des tuberculoses locales (Arch. génér. de méd., 1880).

BRISSAUD. — Rein tuberculeux médical (Gaz. hebd., 1886).

GAULTIER. — Tuberculose rénale primitive (Th. de Paris, 1886).

R. DURAND-FARDEL. — Tuberculose du rein (Th. de Paris, 1886).

A. CAYLA. — De la tuberculisation des organes génitaux urinaires (Th. de Paris, 1886).

12,042. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.